Lane Medical Library

AUS DER KGL. MEDICINISCHEN KLINIK IN GREIFSWALD.

ZUR SYMPTOMATOLOGIE
DER
HYSTERIE.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,
WELCHE
NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN
MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER KÖNIGL. UNIVERSITÄT GREIFSWALD.
AM SONNABEND, DEN 16. JUNI 1894
MITTAGS 12 UHR
ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

HUBERT SCHWENGER
AUS WIEDENBRÜCK IN WESTFALEN.

OPPONENTEN:
HERR CAND. MED. **SEBASTIAN.**
HERR CAND. MED. **GORNIG.**

GREIFSWALD.
DRUCK VON C. SELL.
1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0397

SEINEN LIEBEN ELTERN

IN KINDLICHER DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Unter Hysterie versteht man eine funktionelle Psychose, bei der auf der Grundlage einer reizbaren Schwäche des Fühlens, Vorstellens und Wollens die verschiedensten motorischen, sensiblen und vasomotorischen Störungen in allen Gebieten des Nervensymstems vorkommen können. Die Disposition zu dieser Krankheit, die man wohl crux medicorum genannt hat, besteht vorwiegend beim weiblichen Geschlechte, doch ist sie nicht ausschliesslich Eigentum desselben, da sie auch bei Männern beobachtet ist. Schwierig ist es, über die relative Häufigkeit dieses Vorkommens sich genauere Kenntnis zu verschaffen, da die Tendenz besteht, die Diagnose beim Manne ebenso sehr einzuschränken, als man sie beim Weibe auszudehnen pflegt, und weil männliche Hysterie als Hypochondrie, weibliche Hypochondrie als Hysterie bezeichnet wird. Daher haben Zahlen über die geschlechtliche Disposition zur Hysterie nur einen relativen Wert. Briquet führt an, dass von 1000 Fällen von Hysterie, die er teils selbst beobachtet, teils nach Angaben anderer gesammelt hat, 50 bei Männern vorkamen.

In ähnlicher Weise fand er das Verhältnis unter den Vorfahren der von ihm beobachteten Fälle, nämlich 204 hysterische Frauen auf 11 hysterische Männer, was beim

weiblichen Geschlechte eine nahezu 20 mal stärkere Disposition annehmen liesse.

Über die eigentlichen Ursachen dieser Disposition liesse sich streiten. Wir müssen auf jeden Fall angeborene und erworbene Eigentümlichkeit annehmen. Letztere ist bedingt durch besondere körperliche Funktionen und durch die sociale Stellung des Weibes.

Die angeborene Verschiedenheit der Disposition beider Geschlechte folgt aus der Thatsache, dass im kindlichen Alter auftretende Hysterie weit häufiger Mädchen als Knaben befällt. Die Verschiedenheit der körperlichen Funktion kann hier noch nicht in Frage kommen.

Die Bedeutung auch der letzteren zeigt sich ebenso unzweifelhaft im späteren Alter, wenn wir sehen, wie häufig gerade Krankheit- und Erregungszustände in den weiblichen Genitalien Veranlassung zur Hysterie werden und wie die Disposition aufhört, wenn die Funktion jener Organe erlischt.

Hinsichtlich der verschiedenen Häufigkeit fallen vor der Pubertät nach Briquet $^1/_5$ aller Fälle, was vielfach bezweifelt wird.

Nach Jollys Beobachtung kommt Briquets Behauptung der Wahrheit sehr nahe.

Erbliche Belastung ist eine der wichtigsten Ursachen, die Hysterie bedingen können. Insbesondere hat Hysterie der Eltern die der Kinder zur Folge. Die Vererbung der Krankheit von der Mutter auf die Tochter ist ungemein häufig. Sie tritt häufig in einer Epilepsie, Chorea und Geisteskrankheiten in der folgenden Generation auf.

Über die weibliche Nachkommenschaft hysterischer Frauen ergiebt sich nach Briquet, dass etwas mehr als der vierte Teil wieder an Hysterie erkrankte.

Ausser denjenigen Momenten, die man als Ausdruck der neuropathischen Disposition des nervösen Temperamentes zu bezeichnen pflegt, scheint man auch chronischen Krankheiten (Phthisis) oder Schwächezuständen der Eltern die Entwicklung der histerischen Disposition bei Kindern zuschieben zu müssen. Letztere kann, wenn sie nicht kräftig genug ist, lange latent bleiben und es bedarf dann des Hinzutretens einer weiteren Ursache, um die Krankheit zum Ausdruck zu bringen. Nahe liegt es, zu vermuten, man könne aus einer besonderen Organisation des Nervensystems die Disposition zur Hysterie erkennen. Letztere trifft man bei Individuen mit den verschiedensten Körperkonstitutionen; eine grössere Disposition der schwächlichen Constitutionen ist nicht zu verkennen.

Bei Besprechung der körperlichen Einflüsse, die Hysterie begünstigen, führt die primär entstandene Anaemie (Clorose) fast regelmässig zu hysterischen Symptomen, auch bei secundärer Anaemie, z. B. nach starken Blutverlusten ist Hysterie beobachtet.

Den weiblichen Geschlechtsorganen ist von jeher eine besondere Rolle in der Verursachung der Hysterie zuerteilt. Den eigentümlichen nervösen Erscheinungen, die bei vielen gesunden Frauen zur Zeit der Menstruation und Gravidität in Folge der physiologischen Reizung bestehen, kann eine Beziehung zum Nervensystem nicht abgesprochen werden. Der Einfluss derselben mag gross sein, wer sollte das leugnen? Doch nicht so gross, dass sich keine

Hysterie ohne sie entwickeln könnte, wie es durch Hysterie bei Männern und bei solchen Weibern, bei denen der Genitalapparat nicht eine so wichtige Rolle mehr spielt und durch den Umstand, dass die Krankheit bei Personen mit ganz normalen Genitalien vorkommt, von Scanzoni, Amann und von v. Franque in $^1/_5$ aller Fälle bewiesen ist.

Nach einer Zusammenstellung von Ladonzy ergiebt sich, dass unter 40 Fällen von Hysterie bei 13, also fast $^1/_3$ Erkrankung am Uterus, Tuben und Ovarien fehlten. Hinsichtlich des Vorkommens der Hysterie bei Erkrankung der Genitalien sind die Angaben der Autoren verschieden.

Flexionen und Versionen, sowie Metritiden und Oophoritiden sollen jedoch einen grossen Prozentsatz stellen. Von besonderer Bedeutung auf die Entwicklung der Krankheit sind Gravidität, Partus und Puerperien, wie Scanzoni an einer Statistik nachwies, nach der von 217 Hysterischen 165 oder 75% Puerperien durchgemacht, von den 65% 3 Partus überstanden hatten.

Menstruationsanomalien finden sich ebenfalls häufig.

Dass die Krankheit nicht ausschliesslich als ein Leiden „virginum et viduarum“ gelten kann, steht wohl fest, wenn auch der Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes eine gewisse Bedeutung zukommt.

In psychiatrischer Hinsicht wirken auf die Entstehung der Krankheit anhaltende Erregungen, namentlich wenn sie depressiver Natur sind.

Hinsichtlich der Symptome spielen die Anaesthesien bei dieser soviel verbreiteten Krankheit eine wichtige Rolle. Im Jahre 1843 von Piorry zuerst beschrieben,

hat 1859 Briquet in seinem trefflichen Werke auch die psychischen Phänomene, die Hysterische darbieten, sorgfältig beschrieben. Chairou hat in seinen, aus dem Jahre 1872 stammenden Vorlesungen, nicht nur das Vorhandensein und die Häufigkeit dieses charakteristischen Symptoms, sondern auch seine hervorragende Wichtigkeit für die Diagnose und die Ergänzung der Hysterie ans Licht gebracht.

Die hysterische Anaesthesie, mehr oder weniger ausgebildet, kann sich in einigen Fällen nur auf eine Verringerung der normalen Sensibilität beschränken. Andererseits erstreckt sie sich auf sämtliche Empfindungsformen im Gebiete des menschlichen Intellektus. Tast-, Muskel-, Geschmacks- und Geruchssinn, Gehör und Gesicht können ergriffen sein. Chairou hat der Anaesthesie der Kehl- und Rachenschleimhaut eine grosse Bedeutung beigelegt.

Diese nach Sitz und Form so wechselnden Anaesthesien können in 3 Hauptgruppen gebracht werden; sie können zu einem bestimmten Systeme gehörig oder lokalisiert oder allgemein sein.

Die systematischen Anaesthesien sind sehr häufig und erstrecken sich auf eine, in ein bestimmtes System gehörige Empfindungsgruppe. Diese Art der Empfindungsschwächung lässt sich während des hypnotischen Schlafes feststellen, und kann durch geeignete Suggestionen hervorgerufen werden. Die systematische Anaesthesie findet sich auch bei somnambulen Zuständen. Dasselbe Verhalten zeigt sich auch während des Wachzustandes der Kranken.

Die lokalisierte Anaesthesie befällt eine Körperhälfte und hört knapp an der Mittellinie des Körpers auf. Sie

befällt meist eine Seite, doch kommen auch gekreuzte Formen vor, wo die linksseitige Hemianaesthesie des Gesichtes, Armes und Rumpfes auf das rechte Bein übergreift, während das linke Bein seine Empfindung beibehält.

Ganze Gliedmassen, oder Teile derselben, z. B. ein Finger, die Hand oder die Schenkel werden in ihrer ganzen Oberfläche gefühllos, und die empfindungslose Zone ist durch regelmässige, meist auf der Gliedachse senkrecht stehende Linien begrenzt. Die von der Anaesthesie befallene Region entspricht nicht einem bestimmten Gefässgebiet, wie dies früher Briquet annahm. Bei der hysterischen Blindheit erstreckt sich die Anaesthesie nicht nur auf die Netzhaut, sondern auch auf die Bindehaut und die Augenlider.

Als dritte Form können jene Anaesthesien gelten, die die gesamte Körperoberfläche befallen und mehr oder weniger vollständig die verschiedenen Empfindungsarten zum Schwinden bringen.

Für gewöhnlich beruht die Anaesthesie auf einer mehr oder weniger schweren Erkrankung des Nervensystems. Es folgt daraus, dass sie meist dauernd oder wenigstens sehr langsam, nach Massgabe der Wiederherstellung der erkrankten Teile, zurückgeht.

Nicht so verhält es sich bei der hysterischen Anaesthesie, deren vorzüglichste Eigentümlichkeit die Veränderlichkeit ist. Die Anfälle verändern in beträchtlicher Weise die Verteilung der Sensibilität. Viele Beobachter haben festgestellt, dass in der Zeit vor dem Anfalle die Anaesthesie zunimmt. Während des Anfalles verändert

sich die Sensibilität. Während des natürlichen nächtlichen Schlafes verschwindet oft die Anaethesie gegen Berührung. Da sich letzteres schwer feststellen lässt, muss man die Kranken unter vorsichtigster Vermeidung des Aufweckens behandeln und sie an den anaesthetischen Stellen kneifen; dabei findet man, dass sie stöhnen, sich herumwerfen, im Traume murren oder jäh aufwachen, ganz so wie normale Personen.

Bisweilen findet sich bei Kranken während des somnambulen Zustandes eine anscheinend allgemeine Anaesthesie. Aber der geringste Reiz, der geeignet ist, die Aufmerksamkeit auf die Berührungsempfindung zu lenken, genügt, um die Anaesthesie zu Schwinden zu bringen, was sich meist langsam vollzieht.

Die Sensibilität kann sich während des Wachzustandes verändern, ohne dass sich der Allgemeinzustand des Kranken wesentlich verändert. Briquet hat nachdrücklich auf den Einfluss der Elektricität auf die Wiederherstellung der Sensibilität hingewiesen.

Die Macht der Suggestion, die auf Hysterische im allgemeinen einen grossen Einfluss ausübt, kann die augenblickliche Wiederherstellung der Sensibilität herbeiführen. Diese Erscheinung ist keineswegs allgemein. Es giebt noch viele psychologische Erscheinungen, die Anaesthesie hervorrufen, verändern oder zum Schwinden bringen. So können lebhafte Erregungen, vorher gefasste Ideen und träumerische Gemütszustände die Hysterie steigern.

Die besonderen Formen der Anaesthesie sind zunächst die Unempfindlichkeit gegen Schmerz, die sehr frühzeitig

auftritt und häufig sehr stark ausgesprochen ist. Die Kranken behaupten nicht nur, dass sie beim Stechen und Brennen nichts fühlen, sondern es fehlen ihnen auch die gewöhnlichen Anzeichen der Empfindungen. Die Reaction und das Beben, welches selbst der halb unbewusste Schmerz erzeugt, fehlt bei ihnen Manche Kranke haben auch eine Organaesthesie.

Die Organanaesthesien sind gewöhnlich von zahlreichen Funktionsstörungen der betroffenen Organe begleitet. Ist die Anaesthesie der Harnröhre und Blase vollständig, und betrifft sowohl den Tastsinn, als auch den Muskelsinn, so kann man bei der geringsten Anstrengung des Kranken, bei Tag oder Nacht, Inkontinenz feststellen, wie Féré und Jules Janet es beschreiben.

Hier anschliessend, kommen wir zu einer Anaesthesie der Bewegungsorgane, eine häufig beobachtete Erscheinung.

Die Hysterie ist imstande, eine Anesthesie der Tastsphäre herbeizuführen, indem sie specielle Empfindungsformen zum Schwinden bringt, andere bestehen lässt. Der Mangel der Schmerzempfindung ist häufiger nachweisbar, während der eigentliche Tastsinn nahezu vollständig erhalten ist. Von den Sinnesorganen bieten die Anaesthesie des Geschmacks und Geruchs neben der Anaesthesie des Gehörsinnes Interesse; letztere ist immer einseitig.

Die Störungen des Gesichtssinnes, namentlich die Einengung der Gesichtsfeldes, bieten mannigfaches Interesse.

Ausser den anaesthesischen findet man auch hyperaesthesische Stellen, die man zu den hysterischen Stigmata rechnen kann. Vielfach der Sitz heftiger Schmerzen, lenken

sie die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich dadurch, dass kaum die leiseste Berührung vertragen wird.

Die hyperaesthetischen Stellen sind bald ziemlich ausgedehnt, bald eng umschrieben. An den Extremitäten findet man sie am seltensten, häufig am Kopf, Sternum, Mamma.

Am bekanntesten bei Frauen sind der Ovarialschmerz, der sich links häufiger äussert als rechts. Diagnostisch wichtiger ist die Hyperaesthesie der Wirbelsäule.

Von besonderem Interesse sind die Beziehungen, die die hyperaesthetischen Stellen zu den hysterischen Anfällen haben und welche den ersteren daher auch den Namen der „hysterogene Zonen“ verschaffen.

Hyperaesthesie in andern Sinnesgebieten, abnorme Empfindlichkeit des Auges, Ohres kommt ebenfalls vor. So scheinen z. B. einige Fälle von hysterischen Blepharospasmus auf einer übermässigen Lichtempfindlichkeit zu beruhen. Ungemeine Schärfung des Gehörs beobachtet man besonders während der hysterischen Anfälle.

Die Untersuchung des Gedächtnisses, das bei der bei Hysterie beobachteten Vergessenheit eine so hervorragende Wichtigkeit hat, und seiner krankhaften Veränderungen, gehört zu den wichtigsten Problemen, sowohl der normalen als auch der pathologischen Seelenkunde

Bei den Hysterischen sind die anscheinend fernliegendsten Vorkommnisse, wie ihre Launenhaftigkeit, sowie die Lähmungen in letzter Linie, von Gedächtnisstörungen abhängig.

Briquet hob bereits hervor, dass bei den Hysterischen neben der beträchtlich verringerten Fähigkeit, die

Aufmerksamkeit in bestimmte Bahnen zu lenken, auch das Gedächtsnis herabgesetzt ist, und selbst ganz fehlen kann. Er beobachtete eine Kranke, bei der die Amnesie einen derartigen Grad erreicht hatte, dass sie die Zeitmasse nicht erfasste, und die Ereignisse von gestern ihr nicht näher zu liegen schienen, als die vor Jahren stattgehabten. Chairou hebt dieselbe Thatsache wiederholt nachdrücklich hervor. Gilles de la Tourette, Souques und andere weisen auf eine besondere Schwierigkeit, auf die man bei Untersuchung Hysterischer stösst, hin, ihre Erzählungen sind unaufhörlich, unvollständig und widersprechend.

Ohne die andauernde Vergesslichkeit dieser Kranken zu kennen, ist es unmöglich, ihr Benehmen zu begreifen. Von hier stammen — wie Chairou sagte, — wenn nicht immer, so doch häufig die vermeintlichen Lügen der Hysterischen So erklären sich in gleicher Weise ihre Launen, ihr Stimmungswechsel, ihre Undankbarkeit.

Man teilt die Amnesien in systematische, lokalisierte, allgemeine und fortdauernde.

Die systematischen Amnesien, die zur ersten Gruppe gehören, sind vielleicht die häufigsten. Die Kranken verlieren dabei nicht sämtliche Erinnerungen, die sie während eines bestimmten Zeitraums erworben haben, sondern nur eine bestimmte Gruppe von Ideen, die zusammen einer Ordnung angehören.

So vergessen sie z. B. alles, was sich auf ihre Familie bezieht oder sämtliche auf eine bestimmte Person bezügliche Vorstellungen. Abgesehen vom vollständigen Verlust der Sprache und den verschiedenen Formen der hyste-

rischen Stummheit, giebt es Fälle, wo nur bestimmte Worte oder Wortgruppen vergessen werden. Die lokalisierten Amnesien sind genauer bekannt, als die vorhergehenden, da sie in erster Linie die Aufmerksamkeit des Beobachters auf sich lenken. Die Ereignisse, deren Erinnerung verloren gegangen ist, sind durch ein gemeinsames Merkmal verbunden, sie gehören alle derselben Zeit, demselben Lebensabschnitte der Kranken an. Diese lokalisierten Amnesien sind von geringerer und längerer Dauer. Sie erstrecken sich auch auf bestimmte Handlungen, die anscheinend auf aussergewöhnliche Weise vollzogen wurden. Gewisse nächtliche Träume, während der der Kranke unruhig war und viel sprach, oder den Anfall begleiten, oder endlich abnorme Zustände, wie sie manchmal nach dem Anfall auftreten, können anscheinend spurlos aus dem Gedächtnis schwinden. In ganz ausserordentlich seltenen Fällen kann die Amnesie allgemein sein; die Kranke kann, nach einer Reihe von Anfällen oder Schlafzuständen anscheinend vollständig, alle während der vorangegangenen Lebenszeit erworbenen Erinnerungen verlieren. Es scheint, als wäre sie zum zweiten Male geboren und müsse nun alles, was sie das erste Mal seit ihrer Kindheit gelernt hat, von neuem in sich aufnehmen. Gewisse Kranke, die Ribot näher beschrieb, mussten von neuem Lesen und Schreiben lernen, selbst die Aussprache der alltäglichsten Worte musste ihnen beigebracht werden.

Die Hysterischen können aber auch eine andere, schwerer wiegende Veränderung des Erinnerungsvermögens zeigen, als die vorgenannten es sind. Die Störung besteht schon bei der Bildung der Erinnerungen und die

Kranken können dann in dauernder Weise die Fähigkeit der Erinnerungen verlieren.

An dem jetzt beschriebenen Zustand der Amnesie reiht sich der der Abulie, der im allgemeinen die Störungen, beziehungsweise die Herabsetzung der Willenskraft zeigt. Beim Studium der Abulien bedient man sich der Einteilnng, die uns bereits einige Dienste geleistet hat, und unterscheidet darnach systematische, lokalisierte und allgemeine Abulien. In Folge unserer geringen Kenntnis dieser Erscheinung lassen sich die beiden ersten Gruppen ungenau abgrenzen und schwer diagnosticieren, so dass nur die dritte Gruppe von Bedeutung ist.

Die systematischen Abulien sind Lähmungen des Willens, die sich nicht auf die Gesamtheit der Handlungen erstrecken, sondern nur auf eine besondere Handlung oder auf eine Gruppe derselben. Im Allgemeinen ist es schwierig, mit Sicherheit die Diagnose einer systematischen Abulie zu stellen.

Die lokalisierte Abulie kann für die Bezeichnung mehrerer Dinge angewandt werden. Gewisse Kranke haben an dem Tage, der dem Anfall voraus geht, periodische Abuliezustände von Augenblicksdauer. Obwohl sie immer genug abulisch sind, so sind sie es doch nicht andauernd in demselben Masse. Man könnte sagen, dass die Abulie manchmal nicht in Bezug auf bestimmte Thätigkeiten, sondern auf bestimmte Körperteile des Kranken lokalisiert ist.

Die allgemeinen Abulien, die sich auf alle Handlungen und Gedanken in gleicher Weise erstrecken, sind weitaus die wichtigsten. Sie zeigen sich fast immer unter zwei

Ausdrucksformen, die fast stets vereinigt sind, die Bewegungsabulien und die Verstandesabulien.

Die auffälligste Thatsache, die man bei diesen Kranken vor allen feststellt, und über die am meisten geklagt wird, ist eine ganze merkwürdige Schwierigkeit der Bewegungen.

Bei der Verstandesabulie ist die Form des Willens verändert, es ist eine Störung der Aufmerksamkeit eingetreten. Sie wurde bereits in den ältesten Beobachtungen über Abulie hervorgehoben, so von Leuret 1834, von Billod 1843 und auch von den neuesten Autoren. Guge in Amsterdam hat ähnliche Störungen der Aufmerksamkeit im Verlauf der Nasenerkrankungen beobachtet und ihnen den Namen Aprosexie gegeben.

Die Störungen der Körperbewegung sind bei jeder Geisteskrankheit zahlreich und keineswegs einfach. Es giebt gewisse Arten der Bewegung, die bei den Hysterischen nahezu unverändert sind. Die Reflexe sind z. B. wenig oder gar nicht verändert, ausgenommen die Schmerzreflexe in den Fällen, wo vollkommene Analgesie besteht. Paul Richer wies darauf hin, dass sie meist gesteigert und nur selten herabgesetzt sind. Es besteht bei manchen Kranken gleichsam ein Delirium der Reflexe, da diese jede Gesetzmässigkeit verloren haben und unaufhörlich wechseln.

Diese Bewegungen zeigen vor allem allgemeine Störungen, die sowohl auf der empfindenden, als auch auf der empfindungslosen Seite bestehen.

Die willkürlichen Bewegungen sind verlangsamt und die Durchführung der aufgetragenen Bewegung dauert länger, als es gewöhnlich der Fall ist. Man findet bei

Hysterischen, selbst wenn sie behaupten, sich Mühe gegeben zu haben, eine ausserordentlich lange Dauer der Reactionszeit.

Den Willkürbewegungen der Kranken mangelt die Entschiedenheit und feste Lenkung. Chairou stellt Kranke vor, die nicht sagen konnten, welche passiven Bewegungen man an ihrem Arm machte. Einzelne fühlen, wie Chairou bemerkt, überhaupt garnichts. Bei diesen Kranken ist noch in höherem Masse die Bewegung vollständig ungeordnet und rechtfertigt die von Duchenne angewendete Bezeichnung „hysterische Ataxie."

Zusammengesetzte Thätigkeiten auszuführen, d. h. solche, die zu gleicher Zeit mehrere verschiedene Bewegungen erfordern, sind die Kranken nicht imstande. Fordert man sie auf, gleichzeitig mehrere Bewegungen auszuführen, so richtet sich die gesamte Anschauung ihrer Aufmerksamkeit auf eine Bewegung.

Die willkürlichen Bewegungen selbst sind abgeschwächt. Briquet beobachtete dies schon. Burcq, Leacot und dann Paul Richer haben diese Thatsachen mit grosser Genauigkeit unter dem Namen der Amyosthenie beschrieben.

Alle diese Vorgänge, die wir unter Bewegungsstörungen besprochen haben, können als seelische Vorgänge betrachtet werden.

Die Bewegungsstörungen der unempfindlichen Körperteile sind sehr erschöpfend und genau von Lasègue beschrieben und nach ihm der Symptomencomplex von Lasègue genannt.

Wir fassen die wesentlichen Kennzeichen kurz zusammen.

1. Die Kranke ist unfähig, irgend welche Bewegungen an der anaesthetischen Seite ohne Beihilfe des Gesichtssinnes auszuführen.
2. Bei gewissen Versuchen kann die mit Hilfe des Gesichtssinnes begonnene Bewegung dann ohne diese Hilfe fortgesetzt werden.
3. Die Gesichtsvorstellungen, oder selbst die Tastempfindungen, können die Gesichtswahrnehmung ersetzen, vorausgesetzt, dass sie dem Individuum gleich zu Beginn der Bewegung von der Lage des Gliedes Nachricht geben.
4. Dieses Verhalten ist für das Individuum keineswegs störend, da dieses alle Bewegungen des gewöhnlichen Lebens ohne irgend welche Beschwerde ausführt.
5. Hebt man den Arm der Person, ohne dass sie es wahrnimmt, so bleibt derselbe unbeweglich in kataleptischen Stellungen.
6. Es können Bewegungen auch ohne Hülfe des Gesichtssinnes erhalten werden.

Unmittelbar an das vorhin kurz Angegebene reiht sich die Contracturdiathese. Brodie, im Jahre 1837, sowie Duchenne, wurden schon durch die grosse Häufigkeit der Contracturen bei Hysterischen aufmerksam. Chairou, Brissaud und Ch. Richet (1880), Paul Richer (83) wiesen nach, dass das häufige Vorkommen dieses Zustandes seinen Grund habe in einer dauernd vorhandenen Veränderung der Extremitäten. Eine Hysterische

hat, auch wenn zur Zeit keine Veranlassung ist, doch immer Anlage zu Contracturen, oder wie Brissaud sagt, sie hat „latente Contracturen“. Die Contractur selbst erscheint im Gefolge einer völlig entwickelten Anaesthesie des Tast- und Muskelsinnes.

Die Bedingungen, die zu Contracturen bei bestehender Anaesthesie führen, sind verschieden. Die tief greifende Massage, die Sehnenerschütterung, das Ziehen und gewaltsame Biegen der Gliedmassen, die Quetschung der Nerven, das Aufsetzen einer schwingenden Stimmgabel, die Faradisation, die Anlegung eines Magneten, die Esmarchsche Binde, sind in gleicher Weise fähig, diese Erscheinung hervorzurufen. An letzter Stelle wollen wir noch einzelnes über die Veränderungen des Charakters anführen.

Briquet wies bereits darauf hin, dass nach gehäuften Anfällen die Mehrzahl der Hysterischen Störungen im Gebiete der geistigen Thätigkeit erleidet; das Gedächtnis wird geschwächt, das Auffassungsvermögen nimmt zusehends ab; sie werden unfähig, ihre Aufmerksamkeit in irgend einem hohen Masse anzuspannen. Einzelne werden schwerfällig und zeigen eine auffallende Schwäche des Verstandes. Letzterer ist schon bald nach dem Beginn der Erkrankung wesentlich geschwächt. Die Schwächung bezieht sich auf die Fähigkeit des Fortschrittes und die Erwerbung neuer Kenntnisse. Der wirkliche Rückgang stellt sich bei den Hysterischen nur nach und nach ein; aber gleich zu Beginn der Erkrankung ist ein Stillstand vorhanden. Wie alt auch der Kranke sein mag, so ist dadurch jede weitere Ausbildung gehemmt.

Hinsichtlich der zweiten Charaktereigenschaft, der

Erregung, ist es konstatiert, dass die Hysterischen in Wirklichkeit weniger erregbar sind, als man es annimmt. Diese Kranken sind im ganzen und grossen sehr gleichgiltig, wenigstens gegen alles, was nicht unmittelbar mit der geringen Zahl ihrer fixen Ideen in Verbindung steht.

Eine weitere Beobachtung ist ebenfalls geeignet, das Wesen dieses Zustandes genauer aufzuklären. Es kommt von Zeit zu Zeit vor, dass Kranke für den Augenblick aus ihrem Zustand psychischer Schwäche herauskommen. Dank der Ruhe, der Ernährung und des langdauernden Schlafes, verlieren sie die Zeichen der psychischen Degeneration und gelangen wieder in den Besitz der Tast- und Muskelempfindungen, sowie auch der Erinnerungen.

Die Erregungen haben deutliche Kennzeichen, durch die sie sich vor normalen Erregungen unterscheiden. Sie sind in ihren Äusserungen höchst übertrieben. Ist die Erregung auch wirklich begründet, so zeigt sie, anstatt nach den zahllosen Zufällen des Lebens zu wechseln, eine maschinenmässige Regelmässigkeit und bleibt stets sich gleich. Bei ein und denselben Kranken ist die Zahl der Erregungen sehr gering.

Von einzelnen besonderen Charaktereigenschaften hatte man früher den Hysterischen Sinnlichkeit vorgeworfen. Doch hat sich herausgestellt, dass die Hysterischen im ganzen und grossen nicht sinnlicher sind, als die gesunden Individuen. Sie sind viel häufiger kalt, als sinnlich; sie sind eher imstande, ihre früheren Liebesverhältnisse zu vergessen, als neue anzuknüpfen.

In jüngster Zeit ist behauptet, dass der Hang zum Lügen, ferner das Verhehlen und in erster Linie die fort-

währende Simulation den psychologischen Grundzug der Hysterischen bildeten. Doch lässt sich dem gegenüber konstatieren, dass diese Eigenschaften nicht mehr bei ihnen vorkommen, als bei normalen Menschen.

Schon so oft ist die Frage über den Hysterischen Selbstmord aufgeworfen. Die Selbstmordgedanken sind bei ihnen häufig und scheinen der natürliche Abschluss ihres Hanges zur Melancholie und Verzweifelung zu sein. Der Tod erscheint als einfachstes Mittel, um alle Lebensfragen zu lösen. Ist der geistige Zerfallsprozess weit vorgeschritten und die fixe Idee stark ausgeprägt, so kommt es meist zur Verwirklichung.

Eine bei Hysterie beobachtete interessante Erscheinung ist unstreitig das hysterische Fieber.

Unter den neueren Schriftstellern hat vor allem Dr. Löwenfeld in seiner soeben erschienenen Monographie der Neurasthenie und Hysterie der Besprechung des hysterischen Fiebers eine besondere Sorgfalt gewidmet und bin ich im folgenden seiner Schilderung zumeist gefolgt, vergleiche Seite 464—66. Schon Beobachter des vorigen Jahrhunderts (Morgagni, Pomme, Tissot) glaubten an die Existenz eines hysterischen Fiebers. Letztere begegnet gegenwärtig noch bei manchen Ärzten Zweifel. Den älteren Mitteilungen konnte man weniger Glauben schenken, da von einer Temperaturmessung nichts gesagt wird. In den letzten Decennien ist das hysterische Fieber von manchen Ärzten beobachtet, ich nenne unter ihnen Wunderlich, Briand, Chauveau, Merzejewski, Sciamana, Moravcsik u. a. Aus ihren Beobachtungen sieht man, dass bei Hysterie ausser fieber-

ähnlichen auch Fieberzustände beobachtet sind. Diese Fieberzustände liessen sich als einen Reflex der Wärmecentren erklären.

Bei den fieberähnlichen Zuständen zeigen sich Beschleunigung des Pulses und der Atmung, Gefühle der Hitze, grosser Durst. Eine Temperaturerhöhung existiert nicht.

Sarbo teilt das hysterische Fieber in 2 Formen.

1. ein kontinuierliches,
2. ein Fieberanfall.

Zunächst einiges über das kontinuierliche. Es kann einige Tage, aber auch Monate dauern. Die Temperaturen schwanken ebenfalls zwischen 38,0—38,5*). Auch hohe Steigerungen über 42,0 hinaus sahen Merzejewski, Clemon und Sciamana. Das Fieber selbst kommt bisweilen ganz plötzlich und verschwindet ebenso schnell. Die Morgentemperaturen sind häufig höher als die Abendtemperaturen. Die beiden Körperhälften zeigen Temperaturunterschiede bis zu mehreren Graden.

Bisweilen kommt es auch vor, dass die Patienten während des Fiebers abmagern.

Das hysterische Fieber kann sich an eine Reihe von hysterischen Anfällen anschliessen oder sich mit demselben verbinden, was jedoch weniger vorkommt. Meist verknüpft sich das hysterische Fieber mit einer Gruppe anderer hysterischer Symptome; es entstehen dann Bilder, die mit anderen fieberhaften Erkrankungen Ähnlichkeit haben.

---

*) In unserem Falle wurde die höchste Temperatur (40,5) im After am 4. Mai 7½ Uhr früh gemessen, die höchste Temp. in der Achselhöhle am Nachmittag des 21. April (40,3).

Bei den hysterischen Fieberanfällen findet man mässige und sehr hohe Temperaturen (über 42). Die Anfälle folgen sich in grösseren oder kleineren Zwischenräumen. An Hyperthermie schliessen sich Schwankungen nach abwärts, Merzejewski erzählt einen Fall, bei dem die Temperatur bis 29° Celsius sank. Fiebersteigerungen gehen Krampfattaquen vorher, folgen ihnen oder begleiten sie. Bisweilen kommt es vor, dass man einen Krampfanfall erwartet. Dieser bleibt aber aus und wird ersetzt durch eine Temperatursteigerung.

Im Anschluss hieran komme ich zu einem Fall, der im Frühjahr dieses Jahres in der hiesigen Kgl. Universitätsklinik beobachtet wurde, den ich hierher setzen will.

Eine ganze Reihe von den beschriebenen Symptomen wird man, mehr oder weniger, ausgeprägt vorfinden.

Krankengeschichte.

Anamnese. A. M. aus Greifswald, 18 Jahre alt und Dienstmädchen, fiel in Folge eines tiefen Gemütsanfalles zur Erde, schlug mit Händen und Füssen um sich und verletzte sich Hüftknochen, rechten Fuss und rechten Zeigefinger. In ihrer Familie existieren keine hereditären Krankheiten. Menstruation begann vor vier Jahren und war bis vorigen Herbst ganz normal, dann stellten sich Unregelmässigkeiten ein. Häufig bestand auch Kopfschmerz und Schwindel. Vor vier Wochen wurde sie ohnmächtig und blieb einen Tag zu Bette liegen. Da sich ihr Anfall nicht gebessert hat, so wird sie heute (25. März) in die hiesige Universitätsklinik aufgenommen.

Status praesens. Mittelmässige Muskulatur und Fettpolster, grazile Gestalt. Die Schleimhäute zeigen Anaemie, ihre Gesichtsfarbe ist blass, Decubitalgeschwüre an der Wange und Unterlippe. Sensorium ist benommen, träge Reaction auf Fragen, Erhaltung des Corneal- und Pupillarreflexes. Sie ist unruhig und wältzt sich im Bett hin und her. Sie wünscht Wasser. Fieber 38,0. Atmung und Puls sind regelmässig. Desinfection des Mundes mit Borsäure, Verabreichung von heisser Milch und Magnesia usta. Auf den Kopf legt man eine Eisblase. Aseptische Umschläge werden um Finger und rechten Fuss gelegt. 2maliges Bad und Begiessen von kalten Douchen auf den Kopf.

26. März. Der gestrige Zustand hat sich wenig verändert, Fortsetzung der Bäder, im Urin wenig Eiweiss. Temperatur 37,8 bez. 36,6.

27. März. Etwas klarer, jedoch noch unbedeutend, ist Patientin inzwischen geworden. Eiweiss aus Urin geschwunden. Temperatur 38,2 bez. 37,0.

28. März. Sensorium nur wenig mehr benommen. Verletzung am Finger geheilt, am Fuss auf dem Wege der Besserung, letzterer wird weiter behandelt. Temperatur 37,7 vormittags 9, 37,8 abends 5 Uhr. Schlaf gut und nicht gestört.

29. März. Das volle Bewusstsein ist wiedergekehrt. Doch weiss Patientin von den geschehenen Vorgängen nichts mehr. Temperatur 36,4, 37,1.

30. März. Allgemeinbefinden zufriedenstellend, Verordnung von tinctura Athenstaedt. Temp. 37,8 bez. 37,7.

31. März. Wie gestern 37,1 bez. 36,8.

Da sich der Zustand bis zum 7. April nicht ändert, wird nur die Körpertemperatur angeführt Die Temperatur überhaupt findet der Leser ausserdem noch am Schlusse der Arbeit in einer besonderen Fieberkurve.

1. April 36,8 bez. 37,1.
2. - 36,4
3. - 36,5 - 37,0.
4. - 36,8 - 36,9.
5. - 36,3 - 36,9.
6. - 36,7 - 36,6.

7. April. Finger und Zehend sind als geheilt anzusehen. Allgemeinbefinden anhaltend gut. Temp. 36,1.

8. April 36,4 bez. 37,1.
9. - 36,6 - 37,0.
10. - 36,5 - 36,8.
11. - 36,4 - 36,6.
12. - 36,2 - 36,3.
13. - 36,5 - 36,1.

14. April. Das chlorotische Aussehen ist verringert, Appetit gering, Stuhlgang spontan, daher wird 1 Theelöffel von tinct. Rhei verabreicht. Temp. 36,5 bez. 36,6.

15. April. Patientin ist ängstlich und stark hyperaesthetisch. Tremor ist in allen Gliedern vorhanden, er lässt sich nicht unterdrücken bei angestrengtem Willen. Sieht sich Patientin beobachtet, so werden die Schmerzen scheinbar stärker. Temperatur 36,5 bez. 36,4.

Gute Stimmung, keine Beschwerden, Aussehen ausserordentlich anaemisch. Appetit gering, Stuhlgang fehlt; Verabreichung von tinctura Rhei und Olei Ricini.

16. April 36,5.

17. April 38,8 bez. 37,6.
18. - 36,3 - 36,7.
19. - 36,1 - 36,2.

20. April. Tremor wird grösser, grosse Stille, viel Schlaf. Temp. 35,8 bez. 36,3.

21. April. Als Patientin sich vorige Nacht erhob, um zu urinieren, fiel sie vor dem Bette zusammen und war ohne Bewusstsein. Auf ein Bad mit kalter Douche reagierte sie so gut, wie garnicht. Heute früh ist sie noch völlig ohne Bewusstsein, ausserordentlich blass, wachsartig, Lippen ein wenig bläulich, schäumender Mund, Zähne sind krampfhaft aufeinander gebissen, Augen geschlossen. Finger sind in mässiger Flexionscontractur. Gliedmassen fallen schlaff herunter. Auf lautes Anrufen reagiert sie nicht, dagegen deutlich auf Besprengen mit kaltem Wasser, auf ziemlich starke Nadelstiche und, wenn sie auf die Plantarseite des Fusses appliziert werden. Pupillen sind sehr weit, Pupillarreflex deutlich herabgesetzt, Cornealreflex fast ganz aufgehoben. Patellarreflex erhalten, vielleicht gesteigert. Körperhaut heiss und trocken. Temperatur 39,3. Puls sehr frequent, 120 Schläge, ausserordentlich klein und schwach. Atmung ruhig und regelmässig, 20 in der Minute. Auf beiden Lungen geringer Katarrh in den grösseren Luftwegen. Temperatur nachmittags auf 40,3 gestiegen. Nach kaltem Bade von 23° mit kalter Douche, worauf Patientin garnicht reagiert, sinkt sie auf 39,3. Puls ausserordentlich frequent, 140, nur schwach, dicrot, doch regelmässig. Gesicht fieberhaft gerötet, Körperhaut heiss und trocken, Hände und Füsse kalt. Im Munde schaumiges, schleimiges,

übelriechendes Sekret. Trotz wiederholten Waschungen mit Borsäure treten einzelne Decubitalgeschwüre an der Unterlippe auf. Atmung ruhig und gleichmässig, Frequenz 20. Katarrh verschwunden. Pupillar- und Cornealreflexe normal, Sehnenreflexe deutlich gesteigert.

Zuweilen reagiert die Patientin schon auf kleine Reize, mässige Nadelstiche. Um 7 Uhr bekommt sie eine Aetherinjektion, worauf sie beide Augen öffnet und heftige lang dauernde Abwehrbewegungen macht. Fast ununterbrochen winselt die Kranke und weint laut, nur für kürzere Augenblicke scheint sie zu schlafen.

22. April. In der Nacht ist sie unruhig gewesen und hat fast ununterbrochen laut geschrieen. Gegen Morgen wird sie ruhiger. Temperatur morgens 38,2, mittags 37,6, abends 36,6. Die fieberhafte Röte hat sich gegen Morgen verloren. Patientin ist ausserordentlich blass. Körperhaut wird heiss und trocken, Füsse und Hände sind auffallend kalt.

Reflexe sind wieder normal, auch auf kleine Reize reagiert Patientin, auf lautes Anrufen öffnet sie zuweilen, um die Umgebung verständnislos anzusehen, den Mund.

Beim Baden mittags, wo sie eine kalte Douche bekommt, macht sie starke Abwehrbewegungen. Den Nachmittag schläft sie fast ununterbrochen, nur einzelne Male schreit sie noch laut, als wenn ihr grosse Schmerzen bereitet würden. Sie ist dann sehr aufgeregt, Gesicht rötet sich sehr, nach kurzer Zeit reichlicher Schweissausdruck, worauf sie wieder in einen ruhigen Schlaf verfällt. Ihre Angehörigen, die sie nachmittags besuchen, erkennt sie nicht. Um 6 Uhr abends schlägt sie die Augen auf, sieht

verwundert um sich und verlangt zu trinken. Nach kurzer Zeit schläft sie ein, Puls regelmässig 92.

23. April. Beim Erwachen früh ist sie völlig fieberfrei. Puls 80. Sensorium so gut, wie unbenommen. Auf Fragen antwortet sie langsam und auf einiges Besinnen, aber sinngemäss. Es besteht Klage über Kopfschmerz und Mattigkeit, Schmerzen in allen Gelenken, den Tag über wälzt sie sich unruhig im Bett hin und her, bald scheint sie zu schlummern.

24. April. Gestern Nacht um 3 Uhr erhob sich Patientin, nachdem sie bis dahin ruhig geschlafen hatte, laut schreiend von ihrem Lager und fiel bald kraftlos um. Sie hatte das Gefühl, als ob ein Tier sie verfolge. Mit Mühe ins Bett gebracht, beruhigte sie sich erst nach längerer Zeit wieder. Sie wurde jetzt isoliert. Ihre schwarzen Zöpfe hält sie für Schlangen, die sie beissen wollen, das Schlagen der Uhren oder Pfeifen der Locomotiven für Feuerlärm. Oder sie befindet sich in einem fremden Krankenzimmer, wo fremde Männer liegen, die Böses über sie zu erzählen drohen. Sie verrät grosse Angst, fängt furchtbar an zu schreien, obgleich sie ausserordentlich heiser ist, und macht energische Versuche, das Bett zu verlassen, so dass sie mit Mühe zurückgehalten wird Es wird ihr freundlich zugeredet, Ursache wird entfernt, die vermeintlichen Thiere werden getötet. Sie wird allmählich ruhig und erzählt vernünftig, sie geht auf den Unterhaltungsstoff ein, ohne jedoch die Umgebung zu erkennen. Plötzlich sind die Wahnideen wieder da, vielleicht hervorgerufen durch Erblicken von etwas Auffälligem oder durch geringe Bewegungen. Ihr Blick

ist verstört, ganze Wesen ist ängstlich und scheu; es besteht viel Durst, mehr Appetit als in den letzten Wochen. Temp. 37,8—37,6.

25. April. Sie ist die ganze Nacht unruhig und von ihren Wahnvorstellungen belästigt gewesen. Jetzt ist sie bedeutend ruhiger und erkennt vorübergehend Personen der Umgebung, zeitweise macht sie den Eindruck des völligen Bewusstseins. Doch ist sie bei näherer Beobachtung unaufhörlich von ihren Wahnideen ergriffen. Ihr Nachmittagsschlaf ist grösstenteils ruhig, einige Male erschreckt sie, von ihren Wahnvorstellungen gequält. Temp. 37,1.

26. April. Ihr Nachtschlaf war ruhig, Sensorium völlig frei, Erkennen der Umgebung, die geschehenen Ereignisse erkennt sie unklar und nach längerem Besinnen, wo sie ist und was mit ihr geschehen ist. Sie klagt über grosse Mattigkeit und Schmerz in allen Gliedern, besonders am Schultergelenk, es besteht viel Schlaf. Patientin wird täglich zweimal am Rückenmark faradisiert. Temp. 37,0—36,9.

27. April. Bedeutende Schmerzen haben nachgelassen. Temp. 36,1—36,4.

28. April. Status wie gestern. Temp. 36,0—36,7.

29. - Unverändert. - dieselbe.

30. - - - 36,1.

1. Mai. Faradisation unmöglich, Patientin zuckt bei geringster Berührung krampfhaft zusammen. Temp. 36,0 bis 37,2. Patellarreflex beiderseits erhöht.

2. Mai. Seit verflossener Nacht lässt sie Urin unter sich gehen. Appetit gering, Speisen müssen gewaltsam eingeflösst werden. Temp. 36,1—36,2.

3. Mai. Am Tage hat sie noch teilnamsloser als bisher dagelegen und viel geschlafen. Als sie abends 8 Uhr aus dem Bett genommen wurde, verfiel sie in zuckende Krämpfe, die plötzlich auftraten und fing an zu weinen. Sofort ins Bett gebracht, lag sie völlig bewusstlos da mit blassem Gesichte, schnell atmend, röchelnd, die Arme leicht gebeugt, die Finger eingeschlagen. Augen weit geöffnet, bulbi nach oben verdreht, Pupillen weit, auf Lichtschein gut reagierend, Cornealreflex rechts völlig fehlend, links schwach. Auf Anrufen und Bespritzen mit Wasser erfolgt keine Reaktion. Da der Puls sehr schnell und klein ist, die Extremitäten sich kühl anfühlen, wird sofort eine Spritze mit Campheröl in die rechte Brustseite injiciert. Auch auf diesen Reiz reagiert Patientin nicht. Auf Stechen mit Nadeln reagiert Patientin auf der rechten Seite nicht, links in geringem Grade. Bei Kitzeln an der Fusssohle deutliche Abwehrbewegungen, doch rechts etwas schwächer.

Beine sind schlaff, Patellarreflex beiderseits vorhanden, mässig gesteigert, Zähne sind fest aufeinander gepresst, hin und wieder knirscht Patientin mit den Zähnen, vor dem Munde steht ein weisser Schleim.

8¼ Uhr wird Patientin isoliert.

Status um ½9 Uhr. Völlige Bewusstlosigkeit dauert fort, Pupillen sehr weit, beiderseits gleich deutlich, reagierend, Cornealreflex beiderseits völlig geschwunden, Patellarreflex stark gesteigert, mitunter erfolgen auf einem Schlag mehrere heftige Zuckungen Auf starke Nadelstiche tritt beiderseits nur selten ganz minimale Reaction auf, und beim Stechen an der Fussohle deutliches An-

ziehen des Fusses. Während Arme und Finger in Beugecontractur sind, besteht an beiden Beinen tonischer Krampf in Streckstellung. Beugung im Kniegelenk passiv und nur bei Anwendung grosser Kraft möglich. Trismus ist stärker geworden. Gleich nach $^1/_4 9$ traten bei Patientin folgende Respirationsstörungen auf: Zuerst von $^1/_2 - 1$, später von 2—5 Minuten Dauer, wechselnde Intensität in Zwischenräumen von 1 bis mehreren Minuten. Atmung sehr beschleunigt, Frequenz stieg häufig bis 80 pro Minute, Inspiration geschah sehr mühsam mit gewaltiger Anstrengung aller Hülfsmuskeln, war schnarchend. Es entsteht stridor am Naseneingang, da der Mund fest zugebissen ist und Nasenatmung dadurch besonders erschwert ist, dass Nasenflügel bei der Inspiration anstatt eine Erweiterung der Nasenöffnung zu bewirken, an die Nasenscheidewand mit dem Luftstrom angesogen werden. Es bestehen starke inspiratorische Einziehungen der Supraclaviculargruben und des Jugulum, geringere im Epigastrium. Gesicht bald nach dem ersten Anfall hochrot und heiss. Am ganzen Körper starke Schweisssekretion, Puls beschleunigt, Frequenz während der Anfälle bis 180 pro Minute, bleibt jedoch relativ kräftig. Anfall lässt allmählich nach und endigt oft mit tiefem seufzenden Atemzuge. Während der Anfälle und auch in der Pause, liegt Patientin, abgesehen von Respirationsbewegungen, fast völlig unbeweglich, Arme und Beine in tonischem Krampf. Selten während der Anfälle leichter vorübergehender Singultus, Anspritzen mit kaltem Wasser, Kneifen, Streichen und Kitzeln bleiben ohne Erfolg. Auf Faradisation mit starkem Strom reagiert Patientin etwas, macht Abwehr-

bewegungen und stöhnt, doch bleibt Anfall trotzdem unverändert.

Um 9 Uhr, als Anfälle sehr stark wurden, wurden Chloroforminhalationen versucht, die Patientin etwas zu beruhigen und Atemnot etwas zu verringern schienen. Letztere tritt bald nach den Inhalationen und auch während der Fortdauer derselben in gleicher Weise wieder auf.

Um 10 Uhr. Status idem. Druck auf Ovarialgegend bewirkt keine Änderung Ein Versuch durch längeres 5—15 Sekunden dauerndes Zuhalten der Nase die Mundatmung zu erzwingen, misslingt, sodass die Nasenatmung wieder freigegeben werden muss. Kalter Umschlag um Brust und Bauch während des Anfalls ohne Erfolg. Eine nasskalte Einschlagung des ganzen Körpers bewirkt nun, dass Atemnot ungewöhnlich lange (circa 8 Minuten) andauert. Nach Abnahme des Umschlages sofortiges Aufhören des betreffenden Anfalles, doch tritt bald wieder ein neuer auf.

10½ Uhr. Atemnot verschwindet fast vollständig. Die Anfälle werden kürzer, weil durch Auseinanderhalten der Nasenflügel Luftstrom die Nase frei passieren kann.

11 Uhr. Patientin ist etwas ruhiger, Anfälle sind seltener, bei jedem derselben Auseinanderhalten der Nasenflügel. Gesicht hochrot, ganze Körper sehr heiss, starke Schweisssekretion dauert fort. Temperatur in Achselhöhle 38,1. Pulsfrequenz zwischen 160—80.

11½ Uhr. Hin und wieder Respirationsstörungen.

12 Uhr. Temperatur 38,5 in der Achselhöhle, Puls 208, keine Atemstörungen. Patientin liegt völlig ruhig da, schaudert hin und wieder zusammen und stöhnt mit-

unter. Über den Lungen normaler Schall, hinten unten etwas Giemen, hin und wieder grossblasiges Rasseln.

12½ Uhr. Patientin liegt ruhig atmend da, Puls noch sehr beschleunigt, Gesicht blass, weniger heiss, Augen halb offen, bulbi nach oben gedreht, Cornealreflex beiderseits schwach angedeutet, Patellarreflex unverändert, bei Kneifen der Haut keine Reaktion. Arme und Beine, namentlich links, in tonischem Krampf gestreckt, Finger weniger gebeugt.

4. Mai, 7½ Uhr früh. Sie lag in der Nacht ruhig, ohne Atembeschwerden, kein Schlaf, 2 Uhr einmaliges Erbrechen schleimiger Massen. Nachher schien Bewusstsein allmählich wiederzukehren, Temperatur ist stetig gestiegen, jetzt 40,1 in der Achselhöhle, im After 40,5. Patientin liegt ohne Krämpfe, etwas jammernd, sonst ruhig da, reagiert sehr gut auf Anspritzen, Kneifen u. s. w. Cornealreflex normal, Patellarreflex beiderseits geschwunden. Gesicht stark gerötet, übrige Körperhaut sehr heiss und ziemlich trocken. Puls 100, Atmung ohne Anstrengung und ruhig. Mund weit geöffnet, Zunge fast trocken, etwas belegt.

10 Uhr. Temperatur 39,4. Patientin ist stark hyperaesthetisch, sieht ängstlich um sich und schreit mitunter schreckhaft auf, als ob sie von Wahnideen geplagt würde. Über beiden Lungen unbedeutender Katarrh der grösseren Luftwege, übrigen Organe sind ohne nachweisbare Veränderung.

11 Uhr. Da Patientin seit vorigen Abend keinen Urin mehr gelassen hat, so wird derselbe mit dem Katheter unter heftigem Sträuben der Kranken entleert. Urin ist

gelbrot, leicht flockig getrübt, von intensivem normalem Geruch und stark saurer Reaction, geringen Spuren von Eiweiss. Beim Stehen in der Kälte fallen eine Menge Urate aus. Patientin erhält ein Bad von 27 auf 24° R von 13 Minuten Dauer und kalter Douche auf Brust und Kopf. Temperatur ist nicht wesentlich herabgesetzt, Katarrh verschwunden, nachmittags halluciniert sie viel, hat mitunter schreckhafte Vorstellungen und schreit dann mit lauter greller Stimme. Auf energisches, beruhigendes Zureden wird sie fast jedes Mal ruhiger. Zeitweise scheint sie fast völlig klar zu sein, giebt vernünftige Antworten, erkennt ihre Umgebung und nimmt etwas Milch und Wein zu sich.

Temperatur ist gesunken, abends 5 Uhr beträgt sie 37,7. Sie ist noch sehr unruhig.

5. Mai. Trotz Verabreichung von 3,0 Bromkali, hat sie fast gar nicht geschlafen, nachts ist sie sehr unruhig und auch am Tage viel von Wahnvorstellungen gequält. Hyperaesthesie besteht fort, Patellarreflex normal, Temperatur morgens 37,2, abends 36,8 in der Achselhöhle. Puls 86 beziehungsweise 82. Am Nachmittag lässt sie auf Zureden Urin, sehr reich an Uraten, kaum Eiweiss.

6. Mai. Eine wesentliche Veränderung ist nicht eingetreten, vergangene Nacht hat sie gut geschlafen und abends 2,0 Chloralhydrat erhalten, Temp. 37,2—37,4.

7. Mai. Bis 6 Uhr sehr unruhig und schlaflos, von da an schläft sie fast 12 Stunden ununterbrochen. Am Abend ziemlich klares Verständnis, Appetit ist leidlich, Urinentleerung ohne Beschwerden, Fieber ist nicht mehr aufgetreten. Temp. 37,2.

8 Mai. Temp. 36,5.

9. Mai. Temp. 36,0—36,1.

10. Mai. In letzten Tagen viel Schlaf, meist völlig bei Bewusstsein, hin und wieder Paraesthesien. Sie wird durch die Wahnvorstellungen ausserordentlich geängstigt. Sie schreit und weint laut, und ist nur schwer zu beruhigen. Appetit leidlich, Stuhl und Urin normal. Hyperaesthesie weniger stark ausgesprochen, Patellarreflexe sind vorhanden.

11. Mai. Temp. 36,4—36,9.

12. - - 36,7—36,4.

13. - - 36,3—36,5.

14. - - 36,0—36,6.

15. - - 36,5.

16. Mai. Temp. 36,5. Patientin ist heute munter und ruhig. Urin- und Stuhlentleerungen sind normal. Hyperaesthesie besteht fort, Patellarreflex vorhanden, Schlaf einigermassen andauernd und ruhig. 36,8—36,6.

17. Mai. Temp. 36,5—36,0.

18. - - 36,2—35,9.

19. - - 36,0—36,5

20. - - 36,8—36,6.

21. - - 36,0—36,6.

22. Mai. In der vergangenen Nacht hatte sie wenig Schlaf, sie schrie und weinte viel und hatte Wahnvorstellungen. Da der Zustand am Tage fortdauert, so erhält sie 3 × 1,0 Bromkali, gegen Abend wird sie isoliert und erhält 1,5 Chloralhydrat. Temp. 36,2—36,7.

23. Mai. Sie hat nachts nicht geschlafen, war unruhig, Sensorium war stark benommen. Umgebung kennt sie nicht. Am Tage schlief sie einige Stunden. Sie liess

Stuhl und Urin unter sich gehen, Temperatur abends 37,6, Puls 124.

24. Mai. Eine wesentliche Änderung nicht eingetreten. Temperatur morgens 37,7, abends 37,8. Puls 160.

25. Mai. Temp. 37,6—37,4.

26. Mai. Sie hat wenig Schlaf gehabt. Sie spricht den ganzen Tag in singendem Tone meist unverständliche Sachen und hat dabei die Hände in betender Stellung gehoben. Auf Ansprechen reagiert sie wenig. Augen geschlossen. Zunge trocken, wenig belegt. Stuhl und Urin lässt sie unter sich. Corneal-, Pupillar- und Patellarreflexe vorhanden. Beine äusserst hyperaesthetisch. Puls 146, 128. Temperatur 37,5, 37,4.

27. Mai. Temp. 37,0.

28. Mai. Sie redet fortwährend von Engeln, frommen Schwestern, Mördern etc., sieht Tiere, die sich auf sie stürzen. Temp. 37,0.

29. Mai. Sie hat während der Nacht ziemlich geschlafen, gegen Morgen zeigt sich starke Unruhe, den Tag über ist sie in weinerlicher Stimmung, spricht von sich als Toten, die Umgebung erkennt sie. Temp. 37,0—37,6. Puls 132, 140.

30. Mai. Sie redet den Tag viel Unverständiges. 36,7, 36,5. Puls 144, 108, abends ist sie sehr unruhig und erhält 2,0 Chloralhydrat.

31. Mai. Patientin ist nachts ziemlich ruhig, schrie einigemal. Tags über redet sie viel Unverständliches, erkennt ihre Umgebung, lässt Stuhl und Urin unter sich gehen. Temp. 37,6—37,0. Puls 88, 96.

1. Juni. Zustand derselbe, an Gesässfalte oberfläch-

licher handbreiter Decubitus, der mit Bleiwasser und Campherspiritus behandelt wird. Temperatur 36,6, 36,4. Abends erhält sie Sulfonal 1,0.

2. Juni. Sie phantasiert viel, hat einzelne lichte Augenblicke, abends erhält sie 1,5 Sulfonal, der Decubitus wird weiter behandelt. Temp. 36,5—36,7.

3. Juni. Der Zustand ist im ganzen wenig verändert. Puls 115. Temp. 36,9.

4. Juni. Am Gesäss zeigt sich der Decubitus, der weiter behandelt wird. Im übrigen bisweilen wieder Deliriren. Puls 118. Temp 37,0.

5. Juni. Patientin hat manche Augenblicke, wo sie ganz vernünftig spricht. Sie hält die Unterschenkel in Contracturzustand, letztere werden jeden Tag zwei Mal reponiert. Temp. 37,0. Puls 98. In der letzten Zeit ist sie auffällig abgemagert.

6. Juni. Decubitus mit Ausnahme eine Stelle gut geheilt, bisweilen redet sie längere Zeit ganz vernünftig. Temp 36,8. Puls 120.

7. Juni. Morgens 11 Uhr, als ich bei ihr war, ist sie in leichtem Schlaf versunken. Temp. 36,3 bez. 36,5. Puls 122.

8. Juni. Temp. 37,0 bez. 37,2, sonst. Zustand unverändert.

9. Juni. Temp. 36,8, bez. 36,6 Patientin ist zeitweilig ganz vernünftig.

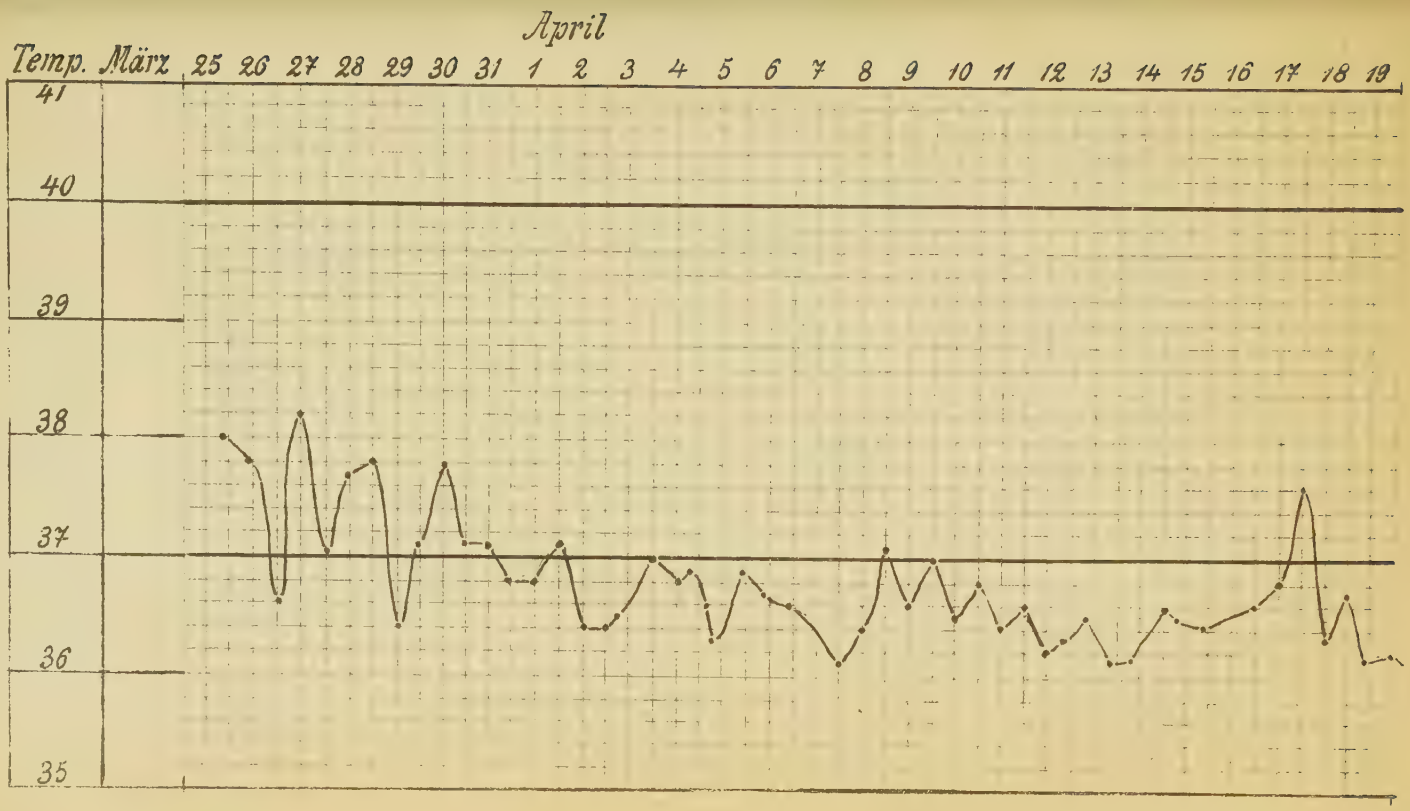
10. Juni. Temp. 36,6 bez. 36,8.

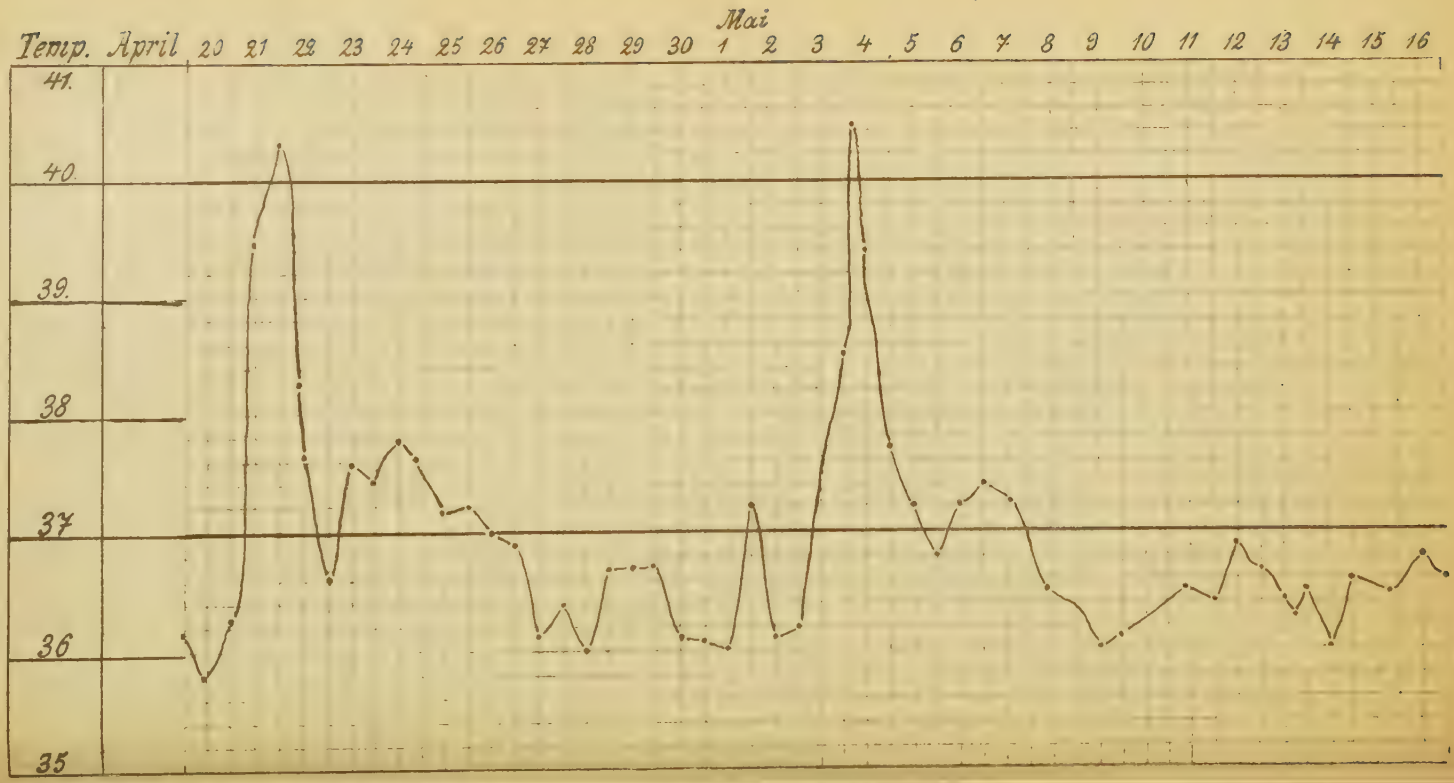
11. Juni. Temp. 36,0 bez. 36,2. Heute machte Patientin, als ich sie zweimal besuchte, einen ganz vernünftigen Eindruck.

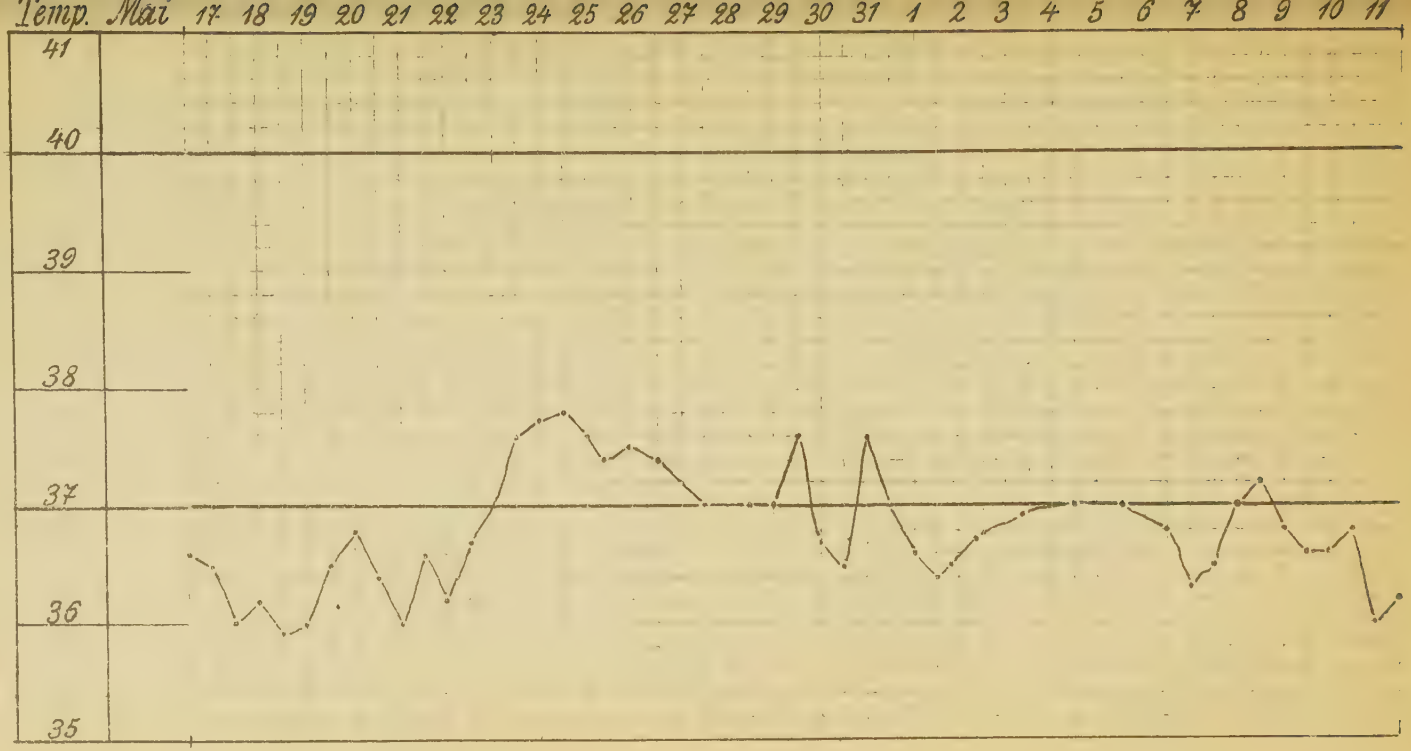
Epicrise.

Aus vorliegender Krankengeschishte geht hervor, dass es sich um typische Hysterie mit hysterischen Anfällen gehandelt hat. Wenn auch nicht alle Symptome in prägnanter Weise ausgesprochen waren, so gaben uns doch die charakteristischen Anfälle dieser Patientin Anhalt genug, um den Zustand als Hysterie anzusehen. Am interessantesten bei diesem Anfall waren wohl die Fieberanfälle, die einige Male in ziemlicher Höhe auftraten. Der erste Fieberanfall ging ziemlich schnell vorüber. Plötzlich trat ein zweiter hysterischer Anfall und kurz darauf noch einer auf; beide waren von ziemlich hohem Fieber begleitet, das atypisch verlief. Berücksichtigt man die Zeit der Anfälle des hysterischen Fiebers, so muss man sich der Ansicht anschliessen, dass es sich hier um ausgesprochene Hysterie mit Fiebererscheinungen handelt.

Zum Schlusse ist es dem Verfasser eine angenehme und dankbare Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Mosler, dem er die Anregung zu diesem interessanten Thema verdankt, seinen innigsten Dank auszusprechen. Insbesondere stattet er seinem hochverehrten Lehrer seinen Dank ab, für die zahlreichen Winke die er ihm bei Anfertigung der Arbeit gab und die ganz besondere Liebenswürdigkeit, die derselbe dadurch zeigte, dass er ihm seine **eigene** Bibliothek zur Verfügung stellte.


April
Temp. März
25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
41
40
39
38
37
36
35


Temp.
April
Mai
20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
41.
40.
39.
38
37
36
35


Temp. Mai 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
41
40
39
38
37
36
35

LITTERATUR.

Briquet, traité clinique et thérapeutique de l'hysterie 1859. Paris.

Féré, Archiv de neurologe 1884.

Janet, Pierre. Der Geisteszustand der Hysterischen, ins Deutsche übersetzt von Kahane in Wien, Leipzig und Wien 1894, Deuticke's Verlag.

Ladouzy, traité complet de l'hysterie.

Loewenfeld, L. Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1894. Bergmann.

Revue de Medec. 10. Februar 1891 p. 81.

Ribot, die Erkrankungen des Gedächtnisses.

Richer, Paul, Hysterische Lähmungen und Contracturen.

Strümpell, Pathologie und Therapie, II. Band. Nervenkrankheiten.

Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Hysterie bearbeitet von Jolly-Berlin.

LEBENSLAUF.

Hubert Schwenger, Katholik, Sohn des Kaufmanns Joseph Schwenger und dessen Ehefrau Maria geb. Brüning wurde geboren zu Wiedenbrück in Westfalen am 4. Mai 1868. Vorgebildet auf der Rektoratschule seiner Vaterstadt, besuchte er das Gymnasium zu Warendorf, das er Ostern 1889 absolvierte, um in Marburg Medizin zu studieren. Hier verblieb er bis Herbst 1891 und wandte sich sodann nach Göttingen. Dort absolvierte er Ostern 1892 die ärztliche Vorprüfung. Das Sommersemester 1892 verblieb er noch an der Georgia Augusta. Herbst desselben Jahres bezog er zur Fortsetzung und Vollendung der klinischen Studien die Universität Geifswald, wo er am 4. November vom derzeitigen Rektor, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Helferich inmatrikuliert und am 5. November in das Album der medizinischen Fakultät vom derzeitigen Dekan Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Pernice eingetragen wurde. Das zur Erwerbung der Doktorwürde vorgeschriebene Rigorosum, dem am 6. März 1894 das tentamen medicum voranging, absolvierte er am 21. März.

Seine akademischen Lehrer, deren Vorlesungen, Kliniken und Curse er besuchte und denen er an dieser Stelle verbindlichst dankt, waren folgende Herren Professoren und Docenten:

In Marburg:

Ahlfeld, von Büngner, Gasser, Goebel, Greeff †, Kohl, Külz, Melde, Rumpf, Strahl, Zincke.

In Göttingen:

Damsch, Disse, Marmé, Merkel, Orth, Riecke, Rosenbach, Wallach.

In Greifswald:

Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Loeffler, Mosler, Pernice, Frhr. v. Preuschen, R. Schirmer, O. Schirmer, Schulz, Strübing.

THESEN.

I.

Es ist wünschenswert, dass der approbierte Arzt vor dem Eintritt in die Praxis an einem grösseren Krankenhaus als Assistenzarzt thätig war.

II.

Bei inoperablem Rectumcarcinomen ist die Anlegung eines künstlichen Afters indiciert.

III.

Bei Typhus abdominalis sind kalte Bäder der innerlichen Darreichung der Antipyretica vorzuziehen.